

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'entente préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-721240

N 5829

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

3336

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HANDOUCHI MOHAMMED

Date de naissance :

20/01/1960

Adresse :

275 APP1 NASSIR HAY NASSIR COR

Tél. :

06 66 27 14 18

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr.BELGANCHE Hanane

Medcin Généraliste

Bd. Sakia Al Hamra N° 42 Aruj

INP 081214991

NADOR

Date de consultation :

11 MAR 2023

Nom et prénom du malade :

EL HANDOUCHI MOHAMMED (68ans)

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HFA candidose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Aut.isation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11 MAR 2023			1000 DT	INP : MD Dr BELGANGA Hassan Medecin Generaliste Bd. Sakia Al Haoua REG 01 Monte Arruit NADOR Tél. 36.20.99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ahmed D... 130, Avenue Hassan II Monte Arruit — NADOR Tél. 36.20.99	11/03/23	18100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

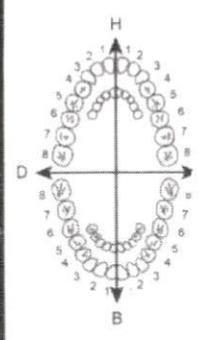
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

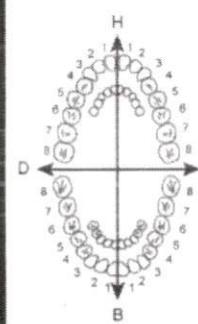
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Praticien attestant l'exécution

8138/2023

Dr. BELGANCHE Hanane

MÉDECINE GÉNÉRALISTE

Echographie

الدكتورة بلخنش حنان
الطب العام
الفحص بالصدى

Ordonnance



081214991

Arouit Le: 11 MAR 2023

Nom: EL HAMOUSSI MOHAMMED



12770

1) Atacand 8mg

1g i.d. fl.(2 fl.).

3670

2) Mycodelle Crème

1g x 2 (j pft 3 sem.)

1660

3) Béhadiine 5%

Jr. Ahmed EL BOUAZZATI
130, Avenue Hassan II
Monte Arruit I — NADOR
Tél. 36 20 99



Rue Sakia Al Hamra N° 42 - Arouit

(Prés Pharmacie ABERKANI) Tél: 05 36 36 26 00

شارع الساقية الحمراء رقم 42 العروي
قرب صيدلية الابركاني (الهاتف: 05 36 36 26 00)